

ANEXO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SFT



Comunicações

SEDE: R. Andrade Corvo, 8 - 1050-008 LISBOA
N.º de Pessoa Colectiva: 504 615 947 - N.º de Matricula: 09408 C.R.C.L.
Capital Social de Eur.: 150.000.000

7. FACILIDADES DE SERVIÇO

<input type="checkbox"/> Voice Mail	<input type="checkbox"/> Barramento Total de Entrada
<input type="checkbox"/> Aviso de Chamada em Espera	<input type="checkbox"/> Barramento Total de Saída
<input type="checkbox"/> Reencaminhamento de Chamadas	<input type="checkbox"/> Barramento Programado pelo Cliente - Pin
<input type="checkbox"/> Conferência a Três	<input type="checkbox"/> Outra Facilidade: _____
<input type="checkbox"/> Linha de Rede com Destino Fixo	<input type="checkbox"/> Outra Facilidade: _____
<input type="checkbox"/> Inibição do Número Chamador (Gratuito)	<input type="checkbox"/> Outra Facilidade: _____

8. TIPOS DE FACTURA

<input type="checkbox"/> Factura Normal
<input type="checkbox"/> Factura Detalhada Completa
<input type="checkbox"/> Factura Detalhada Completa com supressão dos últimos dígitos
<input type="checkbox"/> Outra: _____

9. CONTRIBUIÇÃO AUTÁRQUICA (Art.º 27 do Código da Contribuição Autárquica)

Identificação fiscal do PROPRIETÁRIO ou USUFRUTUÁRIO da fracção ou imóvel:

Nome: _____ N.º Contrib.: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cod. Postal: | | | | | - | | | | |

Artigo matricial do prédio (ou data de entrega da declaração para a sua inscrição matricial):

Repartição de Finanças de _____ Código da Repartição de Finanças | | | | |

10. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR FACULTATIVA

A preencher por Pessoas Singulares

Data de Nascimento	___/___/___	Habilitações Académicas	_____
Composição do Agregado Familiar	_____	Profissão	_____
Regime de Bens	_____	Estado Civil	_____
Local de Instalação do Serviço:	<input type="checkbox"/> Residência Habitual	<input type="checkbox"/> 2ª Residência	_____
Utilização Principal do Serviço:	<input type="checkbox"/> Pessoal	<input type="checkbox"/> Outra	_____

A preencher por Pessoas Colectivas ou Equiparadas

Número de trabalhadores da Empresa:	_____	Volume de vendas anual:	_____	Número de dependências / filiais:	_____
Responsável pelos serviços de telecomunicações: (nome)	_____				
Telefone:	_____	Fax:	_____	Data de constituição da Sociedade:	___/___/___

Local: _____

Data _____

CLIENTE

PT COMUNICAÇÕES, S.A.